



SAPIENZA  
UNIVERSITÀ DI ROMA

*Scuola di Specializzazione in "Psicologia della Salute"*

**Progetto formativo di tirocinio interno**

Nominativo del tirocinante .....  
Nato a ..... il .....  
Residente in ..... C.F. ....  
Laureato in Psicologia in data .....  
Iscritto all'ordine degli Psicologi della Regione ..... con il numero.....  
Anno di frequenza alla Scuola.....  
Area di pertinenza del tirocinio:  
 servizio sanitario  istruzione e formazione  sociale e educativo  organizzazione e lavoro

Professore della Scuola tutor di tirocinio.....  
Sede del tirocinio.....  
Tempi di accesso ai locali.....  
Periodo di tirocinio.....

Obiettivi e modalità del tirocinio (max. 10 righe)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Polizze Assicurative

- polizza Infortuni n. 77 176966426 - Società Unipol Sai S.p.a. (scadenza 31/10/2026)
- polizza RCT/RCO n. 65.176966423 - Società Unipol Sai S.p.a. (scadenza 31/10/2026)

Obblighi del tirocinante:

- seguire le indicazioni dei tutors e fare riferimento ad essi per qualsiasi esigenza di tipo organizzativo o altre evenienze;
- rispettare gli obblighi di riservatezza circa processi produttivi, prodotti o altre notizie relative all'azienda di cui venga a conoscenza, sia durante che dopo lo svolgimento del tirocinio;
- rispettare i regolamenti aziendali e le norme in materia di igiene e sicurezza.

Firma per presa visione e accettazione del tirocinante

.....

Firma del professore della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute

.....